

# WZÓR

(część A)

## ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE\*

Numer ewidencyjny zlecenia: .....

Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

### I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: ANNA KOWALSKA

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: 40-068 .. Miejscowość: KATOWICE

Ulica YAGLANA nr domu 1 m. 1

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

01210112301

### II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO\*\*

Liczba porządkowa wyrobu medycznego  /

liczba sztuk ..... 3x10 .....

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): .....

E 10 - Cukrzyca insulinozależna

Zestawy infuzyjne do pompy insulinowej

Zaopatrzenie: prawostronne  lewostronne  nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odległość źrenic ..... mm
	OL					
Do bliży	OP					Odległość źrenic ..... mm
	OL					

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: .....

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: Styczeń Luty Marzec Kwiecień Maj Czerwiec Lipiec Sierpień

Wrzesień Październik Listopad Grudzień

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

\* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

\*\* Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA